**附表二：**

**会理市人民医院询价采购报价单**

公司(盖章)： 报价单位代表： 联系电话： 报价日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **品牌** | **规格型号** | **生产厂家（全称）** | **单价** | **数量** | **总价** | **备注** |
|  |  | / | / | / |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （表格不够可自行添加） |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计：** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：报价需包含差旅费、运税费等所有相关费用，发票类型为增值税普通发票。**